

1. Paciente mulher, 25 anos, é encaminhada para o ambulatório de endocrinologia após consulta com ginecologista devido alterações nos exames laboratoriais. A paciente refere estar assintomática no momento da consulta, porém, há 3 meses iniciou tratamento estético com polivitamínico para queda capilar. Nos antecedentes familiares, avó com nódulo na tireoide com citologia benigna após PAAF. Ao exame a paciente apresenta em eutireoidismo clínico, sem achados significantes ao exame físico. A palpação da tireoide mostra glândula de tamanho preservado com consistência fibroelástica, sem nódulos palpáveis identificados. Os exames laboratoriais coletados para consulta ginecológica. mostram: TSH = 0,10 mUI/mL (VR : 0,5-4,5 mUI/mL) e T4 LIVRE = 1,18 ng/dl (VR= 0,7-1,9 ng/dl). O provável diagnóstico e conduta adequada para a paciente é:
- a) Tireotoxicose factícia - suspender suplemento vitamínico e solicitar nova ultrassonografia em 3 meses.
 - b) Tireoidite linfocítica indolor - iniciar betabloqueador e solicitar cintilografia de tireoide para confirmação diagnóstica.
 - c) Doença de Plummer com nódulo não palpável ao exame físico - administrar 30 mCi de radioterapia.
 - d) Interferência laboratorial analítica por uso de biotina - suspensão do suplemento com posterior reavaliação da função tireoideana.
 - e) Doença de Graves subclínica - solicitar anti-TPO e iniciar tratamento com Levotiroxina
2. A alternativa que melhor representa um paciente com Doença Renal Crônica em estágio G4 A2 é:
- a) paciente com doença renal iniciada há 02 meses, apresentando albuminúria de 12 mg/g e taxa de filtração glomerular de 20 ml/min/1,73 m².
 - b) paciente com doença renal iniciada há 04 meses, apresentando albuminúria de 297 mg/g e taxa de filtração glomerular de 15 ml/min/1,73 m².
 - c) paciente com doença renal de duração desconhecida, apresentando albuminúria de 50 mg/g e taxa de filtração glomerular de 25 ml/min/1,73 m².
 - d) paciente com doença renal iniciada há 06 meses, apresentando albuminúria de 103 mg/g e taxa de filtração glomerular de 35 ml/min/1,73 m².
 - e) paciente com doença renal iniciada há 08 meses, apresentando albuminúria de 1.216 mg/g e taxa de filtração glomerular de 18 ml/min/1,73 m².
3. Sobre a Síndrome de Cushing endógena, é correto afirmar que:
- a) as causas de Síndrome de Cushing endógena, dividem-se em 2 categorias: ACTH dependentes e ACTH independentes e, as causas mais comuns são ACTH-independentes.
 - b) a doença de Cushing é a etiologia mais comum da Síndrome de Cushing ACTH-independente.
 - c) a Doença de Cushing resulta, na maioria dos casos, de um macroadenoma.
 - d) o tratamento considerado de primeira linha para a Doença de Cushing é cirúrgico com ressecção do tumor por via transesfenoidal.
 - e) o tratamento clínico da Síndrome de Cushing é feito com espironolactona em doses altas.
4. Para o tratamento da Doença Hepática Gordurosa Metabólica, o tratamento é considerado mais eficaz é:
- a) Metformina.
 - b) Omega 3, 6 e 9.
 - c) Vitamina D.
 - d) perda de pelo menos 7% do peso corporal.
 - e) associação de Metionina e Colina.
5. Para o paciente com Diabetes mellitus tipo 2 em uso regular de metformina é recomendado:
- a) dosagem de vitamina B12 anualmente.
 - b) realizar endoscopia digestiva alta a cada 3 anos.
 - c) realizar gasometria arterial anualmente.
 - d) dosagem de marcadores de injúria hepática.
 - e) dosagem de vitamina D3 a cada 3 meses.
6. **NÃO** é achado típico em paciente com doença de Parkinson e deve abrir a possibilidade para diagnósticos alternativos.
- a) início bilateral e simétrico de rigidez e comprometimento cognitivo precoce.
 - b) movimentos discinéticos em usuários de longa data de Levodopa.
 - c) constipação e distúrbio do sono REM.
 - d) instabilidade postural de evolução lenta.
 - e) tremor de repouso assimétrico.
7. Paciente do sexo feminino, 23 anos, relata busca de atendimento devido à cefaleia recorrente de longa data. A dor é holocraniana em peso, incapacitante acompanhada por náuseas e pontos brilhantes na vista. Os episódios, que atualmente acontecem 15 dias por mês, costumam durar 12 horas se não tratados. Como fator de piora associa à luminosidade, sons mais intensos e atividades físicas como subir escadas ou ir para a academia. Desta forma, o diagnóstico mais provável e um tratamento profilático adequado seriam:
- a) Migrânea sem aura - Naratriptano
 - b) Migrânea com aura - Topiramato
 - c) Cefaleia tensional - Nortriptilina
 - d) Hemicrania contínua - Amitriptilina
 - e) Cefaleia Numular - Topiramato

- 8.** Paciente masculino, 45 anos é encaminhado para ambulatório de endocrinologia devido quadro de obesidade grau III, pré-diabetes e dislipidemia. Ao ser questionado sobre a história da doença atual relata que começou a ganhar peso depois dos 35 anos, de forma progressiva e que nunca procurou tratamento para perda de peso e só foi encaminhado neste momento depois de sofrer um infarto agudo do miocárdio (IAM) há 30 dias. É hipertenso há aproximadamente 8 anos, nega tabagismo e o pai também é coronariopata. Ao exame físico: IMC: 41,3 Kg/m² / PA: 132 X 85mmHg / Circunferência abdominal: 110cm. Traz os exames recentes (Glicemia: 110mg/dL, HbA1C: 6,5%, Colesterol total: 213mg/dL, HDL colesterol: 41mg/dL e LDL colesterol: 144mg/dL, Triglicerídeos: 220mg/dL, hemograma e função renal normais). Sobre o caso acima, marque a alternativa correta.
- a) As mudanças no estilo de vida devem ser encorajadas, mas no momento não há indicação de uso de metformina e nenhuma medicação anti-obesidade devido ao quadro recente de IAM.
 - b) A sibutramina não está indicada no momento, mas deve ser iniciada após 3 meses do evento coronariano.
 - c) Se demonstrado padrão alimentar hiperfágico, o uso de análogos de GLP-1 pode ser bastante útil para o paciente em questão.
 - d) A cirurgia metabólica é a primeira opção terapêutica nessa situação.
 - e) A cirurgia bariátrica está contraindicada em qualquer momento devido ao alto risco cardiovascular apresentado pelo paciente.
- 9.** Paciente do sexo masculino, 52 anos, com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca e de hipertensão arterial sistêmica, chega ao pronto atendimento com sonolência, estertores crepitantes em bases pulmonares, edema de membros inferiores, aumento de escórias nitrogenadas e tempo de enchimento capilar maior que 2 segundos. De acordo com a classificação de Stevenson para a insuficiência cardíaca congestiva. O perfil hemodinâmico deste paciente é:
- a) Perfil A – quente e seco
 - b) Perfil B – quente e úmido
 - c) Perfil C – frio e úmido
 - d) Perfil L – frio e seco
 - e) Nenhuma das anteriores
- 10.** Para definição do tratamento mais adequado da dengue é necessário identificar quais paciente apresentem maior risco de complicações e necessitem ficar internados sob observação e quais podem apresentar acompanhamento ambulatorial. Considerando um paciente sem comorbidades, fora dos grupos de risco e com suporte social adequado, marque qual das sintomatologias permitiria seguimento ambulatorial.
- a) Vômitos persistentes com aumento progressivo de hematócrito.
 - b) Náuseas, hipertermia de 38°C e exantema.
 - c) Dor abdominal intensa e hepatomegalia dolorosa.
 - d) Melena, hipotermia e oligúria.
 - e) Prova do laço positiva, taquicardia, taquipneia e tempo de enchimento capilar lentificado.
- 11.** São fatores de risco exclusivamente adquiridos para trombose venosa profunda:
- a) deficiência de antitrombina e uso de anticoncepcionais.
 - b) obesidade e Disfibrinogenemia.
 - c) mutação do gene de protrombina e trauma.
 - d) deficiência de plasminogênio e grandes cirurgias.
 - e) imobilidade e infecção aguda.
- 12.** Paciente, 65 anos, masculino, previamente hipertenso, em uso regular da medicação, é admitido no setor de urgência com quadro de aumento pressórico de forma rápida, associado à cefaleia holocraniana, vômitos e confusão mental. Nega demais sintomas associados, como febre. Na admissão, está com PA: 210/130mmHg, FC:60bpm, FR:14ipm, SO₂:96% em ar ambiente. A respeito desse o quadro, é correto afirmar que:
- a) deve-se considerar o diagnóstico de crise hipertensiva, com encefalopatia hipertensiva, e a meta é redução da PA média em até 25% nas primeiras horas e normalização da PA dentro de 24 – 48h.
 - b) o diagnóstico é crise de migrânea, sendo o tratamento a analgesia forte e hidratação.
 - c) o diagnóstico é hipertensão intracraniana e deve ser feita imediata punção de líquido cefalorraquidiano.
 - d) devem ser feitos controle com medicação anti-hipertensiva via oral e solicitação de exames para análise de possível lesão de órgão-alvo.
 - e) um dos diagnósticos diferenciais do quadro neurológico é hipertensão maligna e, nesse caso, deve ser feita ressonância para diferenciar etiologias.

- 13.** As principais doenças associadas à psoríase são:
- Diabetes, vitiligo e anemia ferropriva
 - Hipertensão arterial sistêmica, obesidade e dislipidemia.
 - Artrite reumatóide, xeroderma pigmentoso e depressão
 - Transtorno de ansiedade, obesidade e esclerodermia.
 - Dermatite atópica, dislipidemia e asma.
- 14.** Um paciente chega à UPA com dor torácica, palpitações, sudorese, náuseas, vertigem e calafrios. Além disso, apresenta desrealização e despersonalização, medo de morrer, de perder o controle e de "enlouquecer". Na ausência de situações clínicas que justifiquem os sintomas, que combinação de fármacos deve ser prescrita?
- Clomipramina e Haloperidol
 - Alprazolam e Paroxetina
 - Venlafaxina e betabloqueadores
 - Fluoxetina e Clorpromazina
 - Imipramina e Olanzapina
- 15.** São alterações laboratoriais esperadas na insuficiência renal crônica avançada:
- anemia, PTH elevado, hipocalemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia
 - anemia, PTH elevado, hipercalemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia
 - anemia, PTH elevado, hipercalemia, hipocalcemia e hipofosfatemia
 - poliglobulia, PTH baixo, hipercalemia, hipercalcemia e hiperfosfatemia
 - anemia, PTH baixo, hipocalemia, hipercalcemia e hipofosfatemia
- 16.** Paciente do sexo masculino, 46 anos, proveniente de Xingura-PA (sudeste paraense), vem apresentando febre nas últimas 3 semanas, associado a perda de peso, hiporexia e plenitude gástrica pósprandial. Foi admitido na enfermaria de clínica médica para investigação. Ao exame físico, observou-se palidez cutaneomucosa e esplenomegalia de grande monta. Os exames laboratoriais realizados demonstraram pancitopenia, hipoalbuminemia leve e hipergamaglobulinemia policlonal. No mielograma, observou-se a presença de formas amastigotas no interior dos macrófagos. O diagnóstico mais provável é:
- Esquistossomose
 - Leishmaniose
 - Malária
 - Salmonelose
 - Linfoma não-Hodgkin
- 17.** Masculino, 66 anos, etilista, relata tosse há 5 dias, dor torácica em hemitórax direito ventilatório-dependente e calafrios. Nega alergia a medicamentos. Ao exame físico: orientado, temperatura de 38°C, pressão arterial normal, frequência respiratória de 26ipm, oximetria de pulso de 95%, acianótico e hidratado. A ausculta na base torácica direita mostrou estertores crepitantes finos e pectoriloquia. Realizou radiografia de tórax com opacidade homogênea basal direita com broncograma aéreo; ureia sérica de 35mg/dL (normal: 13 - 40), creatinina sérica de 1,0mg/dL (normal: 0,7 - 1,3). A programação e a terapia medicamentosa adequadas para o caso exposto é:
- manter tratamento ambulatorial com betalactâmico (Amoxicilina) e macrolídeo (Azitromicina).
 - indicar tratamento hospitalar com betalactâmico (Ceftriaxona).
 - manter o tratamento ambulatorial com macrolídeo (Clarithromicina).
 - indicar tratamento hospitalar com quinolona (Levofloxacina)
 - tratamento ambulatorial com quinolona (Norfloxacina)
- 18.** A cefaleia tensional é o tipo mais comum de dor de cabeça, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia. Cerca de 38% a 74% dos brasileiros sofrem com essa morbidade. A respeito da cefaleia tensional é correto afirmar que apresenta caráter:
- constritivo, geralmente unilateral, de intensidade moderada a grave.
 - constritivo, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada.
 - pulsátil, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada.
 - pulsátil, geralmente unilateral, de intensidade moderada a grave.
 - a cefaleia tensional não apresenta características específicas e pode se apresentar de diversas maneiras diferentes em um mesmo paciente
- 19.** Paciente do sexo feminino, 23 anos, queixa-se de "dor nas juntas e inchaço nas pernas" há cerca de 15 dias e "urina espumando". Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, PA 150x100mmHg, saturação periférica de O₂ 98% em ar ambiente, com edema de membros inferiores (2+/4+ bilateral), sem evidência de artrite. Presença de eritema em região malar, que a paciente correlaciona com viagem à praia há 1 mês. O exame deve ser solicitado para auxílio diagnóstico é:
- Fator antinúcleo (FAN)
 - Anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA)
 - Fator reumatoide
 - Ácido úrico
 - VDRL

- 20.** Paciente feminina, 25 anos, utilizando contraceptivo oral, deu entrada no Pronto-Socorro há 3 dias com diagnóstico de Trombose Venosa Profunda, quando iniciou uso de heparina. No exame laboratorial de hoje a contagem de plaquetas está em $85.000/\text{mm}^3$, repetidas e confirmadas (VN 150.000 a $300.000/\text{mm}^3$). A dosagem de plaquetas ao início do tratamento era de $180.000/\text{mm}^3$. O provável diagnóstico é:
- variação normal do laboratório.
 - trombocitopenia induzida por heparina.
 - consumo de plaquetas pela trombose venosa.
 - consumo de plaquetas na formação do coágulo.
 - interferência de autoanticorpos da paciente.
- 21.** Mulher de 62 anos é atendida no ambulatório de cardiologia do Hospital Escola. Refere hipertensão de longa data e uso irregular de Captopril. Há 6 meses apresenta dispneia progressiva aos esforços, sendo que no último mês apresentou dois episódios de dispneia paroxística noturna. Desde então passou a dormir com dois travesseiros. Refere também edema maleolar, que progrediu até a altura dos joelhos. O médico que a atendeu na Atenção Primária a esclareceu sobre o uso correto do Captopril, orientou dieta com pouco sal, pediu Radiografia do Tórax, Eletrocardiograma (ECG), exames de sangue e a encaminhou. Ao exame físico, apresenta PA: 130/100mmHg, FR:18irpm, FC 112bpm, SaO₂ de 96%. Está em regular estado geral, pulsos periféricos presentes e simétricos, bulhas rítmicas, um pouco abafadas, presença de terceira bulha, sopro sistólico suave em foco mitral, estertores subcrepantes finos nas bases de ambos os pulmões, fígado palpável a um centímetro do rebordo costal direito e edema de membros inferiores de +/4. O ECG mostrou taquicardia sinusal (FC: 118bpm) e sinais de sobrecarga ventricular esquerda. A Radiografia evidenciou cardiomegalia de +/4. Função renal, eletrólitos e glicemia estão normais. O exame complementar e a conduta terapêutica mais apropriados nesse momento são:
- monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial; substituir Captopril por Hidralazina e associar Hidroclorotiazida.
 - ecocardiograma; manter Captopril e associar Carvedilol e Furosemida.
 - cintilografia Miocárdica; manter Captopril, associar Ivabradina e Furosemida.
 - holter de 24 horas; manter Captopril, associar Carvedilol e Sustrate.
 - cateterismo cardíaco; substituir Captopril por Valsartana e associar Sacubitril.
- 22.** Paciente de 47 anos comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de tosse seca de início há 3 meses, com piora noturna e associada a rouquidão matutina e sensação de pigarro, de início em mesma data. Nega tabagismo ou etilismo. Nega dispneia ou chiado no peito, refere obstrução nasal e coriza eventual, porém não relaciona estes sintomas aos episódios de tosse. Diz ser hipertenso e utiliza a medicação Bisoprolol para o controle diaramente. Nega febre, perda de peso ou sudorese noturna. Refere dispepsia eventual, principalmente com alimentos gordurosos. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.
- A medicação anti-hipertensiva utilizada no caso é uma causa importante de tosse crônica, por se tratar de inibidor da ECA e liberar bradicinina.
 - A ausência de perda de peso ou sudorese noturna afasta a possibilidade de tuberculose como hipótese provável.
 - Tosse crônica é aquela que persiste após o período de duas semanas.
 - A tosse crônica, devido ao refluxo, pode se manifestar mesmo na ausência de sintomas dispépticos importantes, quando forem excluídas a asma e as rinospatias na avaliação.
 - Trata-se de possível pneumonia por bactéria atípica e o tratamento deve ser feito com Sulfametoxazol + Trimetropim
- 23.** Paciente de 74 anos, portador de DPOC grave, deu entrada na Emergência com quadro de dispneia, febre e expectoração de coloração amarelada, de início há 3 dias. Durante o atendimento inicial, evoluiu com rebaixamento de nível de consciência e necessitou de intubação orotraqueal. Após as condutas iniciais, exames complementares foram solicitados: Hemograma (Hb: 16g/dL, Ht 48%, Leucócitos: $30.000/\text{mm}^3$ com a presença de metamielócitos e desvio à esquerda); Na⁺: 140mEq/L, K⁺ : 4,3mEq/L; creatinina: 1,5mg/dL; ureia: 68mg/dL. Gasometria arterial com pH: 7,10; pO₂: 55mmHg; HCO₃⁻: 14mEq/L; pCO₂: 84mmHg; SatO₂: 85% com FiO₂ (ventilação mecânica): 80%. Determine o diagnóstico gasométrico e a pCO₂ esperada para tal paciente.
- Acidose metabólica com pCO₂ esperada de 30 a 34mmHg.
 - Acidose respiratória com pCO₂ esperada de 55 a 59mmHg.
 - Acidose mista com pCO₂ esperada de 27 a 31mmHg.
 - Acidose mista com pCO₂ esperada de 55 a 59mmHg.
 - Acidose respiratória com alcalose metabólica

- 24.** As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, podem se manifestar como: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Sobre este assunto, analise as afirmativas sobre as hepatites virais e assinale a alternativa correta.
- A hepatite viral C pode ser transmitida por sangue contaminado em procedimentos como tatuagens, colocação de piercings e manicures.
 - Todas as formas de hepatites virais são inflamatórias e podem ser prevenidas por meio de vacinação.
 - Algumas das formas de hepatites virais podem tornar-se crônicas e evoluir para hepatocarcinoma.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas, é:
- I
 - II
 - I e III
 - I e II
 - I, II e III
- 25.** A pressão alta não tem cura, mas tem tratamento e pode ser controlada. Somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo programa Farmácia Popular. Assinale a alternativa que correlaciona corretamente a classe dos anti-hipertensivos:
- Hidroclorotiazida – bloqueador de canal de cálcio
 - Atenolol – bloqueador de canal de potássio
 - Metildopa- bloqueador adrenérgico
 - Anlodipino – vasodilatador direto
 - Losartana- beta bloqueador
- 26.** Nos Estados Unidos, ocorre anualmente cerca de 1,0 milhão de infartos do miocárdio. O infarto do miocárdio resulta na morte de 300.000 a 400.000 pessoas. Sobre o Infarto agudo do miocárdio é correto afirmar que:
- Infarto do miocárdio sem elevação aguda do segmento ST é normalmente transmural.
 - Infartos subendocárdicos envolvem toda a espessura do miocárdio, do epicárdio ao endocárdio, e costumam ser caracterizados por ondas Q anormais no ECG.
 - Mulheres menopausadas, com a diminuição do estrogênio, aumentam os riscos de IAM.
 - Cerca de 10% dos casos de infarto ocorrem em pessoas com menos de 65 anos.
 - Não são considerados como fatores de risco o tabagismo, álcool e uso de drogas
- 27.** Jovem, sexo feminino, 25 anos, hígida, apresenta-se á UPA com disfunção na fala, tipo não fluente e exame de imagem sugestivo de acidente vascular encefálico isquêmico. Faz uso domiciliar de anticoncepcional oral – ACO. Nega uso de drogas ilícitas e tia materna falecida de IAM aos 48 anos. A semiologia inicial mostra afasia, sem outros achados de exame físico. Exames laboratoriais iniciais que incluíram hemograma, ionograma, funções renal e hepática, estavam dentro da referência de normalidade. O eletrocardiograma não mostrava sinais de isquemia. Tem ecocardiograma prévio dentro da normalidade. As principais alterações que podem cursar com fenômenos trombóticos arteriais são:
- diminuição de fator XII e gravidez
 - contraceptivos orais e deficiência de alfa1-antitripsina
 - Hiperhomocisteinemia e anticorpos antifosfolipídeos
 - neoplasia e Doença de Von Willebrand
 - deficiência de fator IX e Fator Vleiden
- 28.** A anemia é uma das mais comuns alterações hematológicas vistas na prática médica. Anemia com Volume Corpuscular Médio (VCM) elevado pode ser visto em todas as patologias abaixo, **EXCETO**:
- Anemia megaloblástica
 - Síndrome mielodisplásica
 - Talassemia
 - Anemia associada a hepatopatia alcoólica
 - Esferocitose hereditária
- 29.** De acordo com o ministério da saúde, a vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população e fortalecer uma sociedade saudável e resistente. As vacinas são capazes de estimular a produção de anticorpos pelo corpo, garantindo-nos uma imunização ativa. Qual das vacinas abaixo **NÃO** faz parte do calendário Nacional de imunizações:
- HPV (Papilomavírus Humano)
 - BCG
 - DPT (Difteria, Tétano, pertussis)
 - Vacina Hepatite C (recombinante HC)
 - Vacina Hepatite B (recombinante HB)

- 30.** Arboviroses são doenças causadas por vírus (arbovírus) transmitidos por meio da picada de mosquitos. O vírus Zika (ZIKV) foi isolado pela primeira vez em macacos na floresta Zika de Kampala, Uganda no ano 1947. O primeiro isolamento humano do ZIKV foi relatado na Nigéria em 1953. Sobre o ZIKA Vírus é **INCORRETO** afirmar que:
- a) a principal forma de transmissão do ZIKV aos humanos é por meio da picada de mosquitos vetores infectados da espécie *Aedes aegypti*.
 - b) a principal ação de combate ao mosquito é evitar sua reprodução.
 - c) os principais sintomas são febre baixa, exantema. Conjuntivite não purulenta, cefaleia, artralgia, astenia e mialgia.
 - d) a infecção pelo vírus ZIKA na gestação está associada a macrocefalia e hidrocefalia fetal.
 - e) gestantes infectadas podem transmitir o vírus ao feto e essa forma de transmissão da infecção pode resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou malformações congênitas, como a microcefalia.
- 31.** Sobre hanseníase, é correto afirmar que:
- a) o exame de laboratório mais utilizado para auxiliar no diagnóstico é a baciloscopia, que pode ser negativa nas fases iniciais da doença, por isso, resultados negativos não excluem o diagnóstico, que deve se basear principalmente nos sintomas clínicos e epidemiologia.
 - b) o cachorro e o homem são as únicas fontes de infecção da hanseníase.
 - c) devemos fazer lavado gástrico em todos os pacientes pediátricos.
 - d) na avaliação neurológica para diagnóstico de hanseníase é importante o exame de PPD e a sorologia viral.
 - e) a hanseníase é causada por infecção viral e afeta principalmente a pele, os olhos, o nariz e os nervos periféricos.
- 32.** Das coagulopatias hereditárias, a doença Von Willebrand e as hemofilias são as mais frequentes. Qual o teste laboratorial de screening mais informativo para diagnóstico da principal coagulopatia hereditária ligada ao cromossomo X.
- a) Hemograma
 - b) Tempo de coagulação
 - c) Tempo de atividade de protrombina
 - d) Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
 - e) Tempo de trombina
- 33.** A escala de AVC do NIH (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS) é um instrumento que tem como objetivo avaliar os déficits neurológicos relacionados com o Acidente Vascular Cerebral agudo. Sobre este assunto assinale a alternativa correta.
- a) A escala possui 42 itens, com pontuações que variam de 0 a 42, sendo que quando maior a pontuação pior o déficit.
 - b) A escala possui 11 itens, com pontuações que variam de 0 a 42, sendo que quando menor a pontuação pior o déficit.
 - c) Menos que 5 pontos reflete um comprometimento agressivo, e mais que 25, comprometimento mais leve.
 - d) A escala possui 42 itens, com pontuações que variam de 0 a 11 sendo que quando maior a pontuação menor o déficit.
 - e) A escala possui 11 itens, com pontuação total que varia de 0 a 42, sendo que quando maior a pontuação pior o déficit. Menos que 5 pontos reflete um comprometimento leve, e mais que 25, comprometimento expressivo.
- 34.** A Síndrome da Lise Tumoral (SLT) é uma emergência oncológica que é associada com número cada vez maior de tipos de câncer. Caracteriza-se por um conjunto de manifestações clínicas resultantes da destruição maciça de células malignas, com consequente liberação do seu conteúdo no espaço extracelular. Sobre SLT, assinale a alternativa que contém os critérios diagnósticos de Cairo e Bishop:
- a) Hiperuricemia, Hipercalemia, Hiperfosfa-temia.
 - b) Hipofosfatemia, Hipocalcemia, Hiperuricemia
 - c) Hipocalcemia, Hiperuricemia, Hiperfosfa-temia.
 - d) Hipercalemia, Hipouricemia, Hipercalemia.
 - e) Hipercalemia, Hiperuricemia, Hipercalemia.
- 35.** Na anemia falciforme, os glóbulos vermelhos contêm uma forma anormal da hemoglobina, chamada hemoglobina S, que se falcizam às baixas tensões de oxigênio. Sobre a anemia falciforme, é **INCORRETO** afirmar que:
- a) os sintomas geralmente aparecem na segunda metade do primeiro ano de vida da criança.
 - b) na síndrome mão-pé as crises de dor podem ocorrer nos ossos das mãos e dos pés, causando inchaço, dor e vermelhidão no local.
 - c) a crise vasclusiva é a mais frequente da doença falciforme causada pela obstrução de pequenos vasos sanguíneos pelos glóbulos vermelhos em forma de foice.
 - d) o principal agente na osteomielite é a salmonela.
 - e) pode ocorrer auto-esplenectomia/asplenia funcional por infartos múltiplos.

- 36.** A neutropenia comumente ocorre com as terapias quimioterápicas de modo previsível em graus variados. Os neutrófilos são as células mais sensíveis à quimioterapia, e neutropenia representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Sobre neutropenia febril, assinale a alternativa correta.
- Raio-X de abdome total deve ser realizado em todos os pacientes.
 - Na abordagem inicial é importante determinar o escore MASCC, sendo alto risco escore menor que 21.
 - Solicitar teste fecal de *Clostridium difficile* e TC de abdome em caso de broncopneumonia e dor torácica.
 - Pacientes de alto risco devem em todos os casos receber vancomicina.
 - Punção de medula óssea deve ser rotina imediata em todos os pacientes.
- 37.** Paraproteinemia é a presença de níveis elevados de paraproteínas ou gamaglobulinas monoclonais. Assinale a alternativa em que todas as doenças fazem parte do grupo de paraproteinemias:
- Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI), Doença de Goodpasture, Macroglobulinemia de Waldenström.
 - Doença de Goodpasture, Amiloidose, Mieloma múltiplo.
 - Macroglobulinemia de Waldenström, Amiloidose, Linfoma de Hodgkin
 - Mieloma múltiplo, Macroglobulinemia de Waldenström, Amiloidose
 - Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI), Mieloma múltiplo, Doença de Goodpasture.
- 38.** Carcinoma hepatocelular é o tipo mais comum de câncer de fígado primário. Cerca de 41.210 novos casos e cerca de 29.380 mortes decorrentes de câncer hepático primário, incluindo cânceres intra-hepáticos de ducto biliar, são esperados para 2023 nos Estados Unidos. Cerca de três quartos desses cânceres de fígado serão carcinomas hepatocelulares. A alfa-fetoproteína é específica para o diagnóstico de hepatocarcinomas se:
- for dosada no período neonatal
 - apresenta valores acima de 50 ng/dL
 - apresenta valores abaixo de 250 ng/dL
 - apresenta valores acima de 400 ng/dL
 - não se correlaciona com diagnóstico de hepatocarcinoma.
- 39.** Analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.
- São doenças causadas por nematódeos: filariose, ascariíase e oncocercose.
 - O causador da malária é um vírus, assim como o da dengue e febre amarela.
 - Tanto a malária, como algumas doenças causadas por nematódeos, possuem um vetor artrópode.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- I, II e III
 - I e II
 - II e III
 - I e III
 - II
- 40.** A dengue é um problema de saúde pública. Conhecendo-se o causador da dengue e seu vetor, podemos usar como medidas profiláticas:
- vacinar em massa a população contra a bactéria causadora da doença.
 - exterminar roedores vetores do vírus da dengue.
 - eliminar os insetos vetores do protozoário causador dessa doença.
 - eliminar os insetos vetores do vírus da dengue.
 - usar antibióticos profiláticos contra o vírus da dengue.
- 41.** Correlacione um item da coluna A-E com um da coluna 1-5. Indique a opção correta a seguir:
- Coluna A
- Pequenas manchas avermelhadas, que normalmente aparecem agrupadas na pele.
 - Glossite atrófica.
 - Úlceras nas pernas.
 - Cálculos pigmentados.
 - Formigamento nas mãos ou pés e hiporreflexia.
- Coluna B
- Anemia falciforme.
 - Púrpura trombocitopênica imune.
 - Esferocitose hereditária.
 - Deficiência de vitamina B12.
 - Ferropenia.
- A sequência correta é:
- A3, B5, C1, D2, E4.
 - A4, B1, C5, D2, E3
 - A2, B5, C3, D4, E1
 - A5, B3, C4, D2, E1
 - A2, B5, C3, D1, E4

- 42.** A angina, também chamada de angina de peito ou angina pectoris, é um tipo de dor no peito de origem isquêmica que surge quando o miocárdio (músculo do coração) recebe menos sangue que o necessário para o seu normal funcionamento. Sobre os padrões de Angina é correto afirmar que:
- ocorre elevação de marcadores miocárdicos, como a Troponina na angina estável.
 - nitroglicerina e bloqueadores do canal de cálcio são meios ineficazes para remediar a Angina de Prinzmetal.
 - a angina de Prinzmetal ocorre geralmente em idosos acima de 65 anos e cursa com elevação de enzimas cardíacas.
 - é achado comum uma placa aterosclerótica com um núcleo lipídico pequeno e com uma capa grossa e fibrosa na Angina Estável.
 - na angina Estável ou Típica, a dor tem duração superior a 20 minutos e é referida em repouso.
- 43.** As Neuropatias Diabéticas (ND) constituem a complicação crônica mais prevalente, subdiagnosticada e subtratada do Diabetes Mellitus (DM). A mais importante intervenção para a prevenção da neuropatia periférica do Diabetes Mellitus é:
- Otimizar o controle glicêmico.
 - Otimizar o controle pressórico
 - Orientação precoce em relação aos cuidados com os pés.
 - Tratar rigorosamente a microalbuminúria com hemodilálise.
 - Administrar precocemente vasodilatadores arteriais.
- 44.** Jovem, 21 anos, masculino, apresenta-se com febre e queixa de sinusites e amigdalites recorrentes, de ocorrência quase mensal. Ele refere que um irmão tem quadro semelhante. Exame clínico: inapetente, febril T ax=38, 3°C, toxemiado, com quadro clássico de amigdalite e furúnculos cutâneos. O hemograma colhido apresenta o seguinte resultado: Hb 9,7 g/dl, Hto 25,2%, VCM 84 μ ³, HCM 32,4 μ g, CHCM 38,4, RDW 13,7%
- Leucócitos: 1.200 mm³, Segmentados 35% Linfócitos 59%, Eosinófilos 3%, Monócitos 3%, Plaquetas: 91.000 mm³.
- Diante do caso, a conduta imediata mais adequada é:
- dar antibiótico oral, alta e retorno em 48 horas para reavaliação.
 - colher hemocultura, dar antibiótico oral e retorno em 48 horas.
 - colher hemocultura, iniciar antibiótico endovenoso, solicitar radiografia de tórax internado.
 - iniciar antibiótico endovenoso, trocar por antibiótico oral em 24 horas, dar alta se ficar afebil.
 - solicitar radiografia de tórax, iniciar antibiótico via oral, manter internado no pronto-socorro por 12 horas.
- 45.** As Síndromes ictéricas são caracterizadas por aumento da bilirrubina no organismo devido à diminuição ou interrupção da excreção de bile por obstrução do fluxo através da árvore biliar intra ou extra-hepática ou por alteração funcional do hepatócito. São causas de icterícia, **EXCETO**:
- Síndrome de Dubin-Johnson
 - Síndrome de Budd-Chiari.
 - Síndrome de Crigler-Najjar
 - Doença de Von Willebrand
 - Síndrome de Gilbert.
- 46.** Homem, 75 anos, portador de demência por doença de Alzheimer, em fase inicial, há 2 dias passou a apresentar dificuldades nas tarefas de autocuidado, incontinência urinária, desorientação, irritabilidade e alucinações. Foi trazido pelo filho com quadro de sonolência, apresentando febre (Temp: 38° C) e demais sinais vitais estáveis, sem outras alterações ao exame físico. Exames laboratoriais evidenciam hemograma sem anormalidades, glicemia 136 mg/dl, ureia de creatinina normais, sódio 142mEq/L, potássio 4,5mEq/L, cálcio 9,8mg/dl e sumário de urina com leucocitúria e bacteriúria. Considerando o diagnóstico sindrômico mais provável, o instrumento de rastreio indicado e a abordagem farmacológica inicial são:
- Escore Clínico de Demência (Clinical Dementia Rating – CDR) e antibioticoterapia.
 - Escore Clínico de Demência (Clinical Dementia Rating – CDR) e Haloperidol.
 - Método de Avaliação de Confusão (Confusion Assessment Method – CAM) e Diazepam.
 - Método de Avaliação de Confusão (Confusion Assessment Method – CAM) e Risperidona.
 - Método de Avaliação de Confusão (Confusion Assessment Method – CAM) e antibioticoterapia
- 47.** Paciente masculino, 52 anos, uso de carbamazepina há 15 dias. Apresentou quadro inicial de febre, dores no corpo e astenia, evoluindo com erupção mucocutânea eritemato-purpúrica confluenta, iniciada em face e tronco. Com a progressão, começaram a surgir bolhas e descamação da epiderme. Exames laboratoriais na entrada: hemograma com leucocitose; função hepática e renal sem alterações. A hipótese diagnóstica para esse quadro clínico é:
- Síndrome DRESS
 - Pênfigo bolhoso
 - Eritema multiforme
 - Síndrome de Stevens-Johnson
 - Pênfigo foliáceo

48. Todas as descrições são de doenças causadas por fungos, **EXCETO**:
- a Histoplasmose
 - b Paracoccidioidomicose
 - c Esporotricose
 - d Brucelose
 - e Criptococose
49. A epilepsia é uma condição em que há alteração na atividade do cérebro, impulsos elétricos e sinais químicos, deixando a atividade do sistema nervoso central desordenada. Dentre as alternativas abaixo, a que melhor define o estado de mal epilético é:
- a duas ou mais crises não provocadas, em um intervalo maior que 24 horas.
 - b atividade convulsiva contínua ou convulsões repetitivas com duração de 5 minutos ou mais sem recuperação da consciência.
 - c crises tônico-clônicas generalizadas independente da duração.
 - d duas crises com recuperação completa de consciência entre elas e intervalo maior que 24 horas.
 - e duas ou mais crises provocadas, em um intervalo maior que 48 horas.
50. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, é correto afirmar que:
- a embora ainda muito recomendada pelos profissionais de saúde, a restrição de sódio na dieta não mostrou ter um efeito redutor da pressão arterial.
 - b em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, a meta adequada de pressão arterial sistêmica é menor ou igual a 135/85 mmHg, devendo-se manter a pressão arterial sistêmica em pelo menos 90/60 mmHg.
 - c indivíduos pré-hipertensos (sistólica entre 130-139 mmHg e diastólica entre 85-89 mmHg) apresentam risco aumentado para eventos cardiovasculares.
 - d a monoterapia deve ser a estratégia terapêutica preferencial para a maior parte das pessoas com hipertensão arterial, independentemente do estágio da doença e do risco cardiovascular associado.
 - e a hiperplasia adrenal cortical unilateral é a principal etiologia de hiperaldosteronismo primário. Este último é uma das causas de hipertensão arterial secundária e ocorre pelo aumento da atividade de renina plasmática e de aldosterona.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2024/2

Grupo D: Pré-Requisito: Clínica Médica

Especialidades: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Hematologia e Hemoterapia, Nefrologia, Oncologia Clínica

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	